**Modulo per il consenso al trattamento dei dati del paziente delle cliniche LVR**

Il sottoscritto, (nome e cognome) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

acconsente, secondo § 203 Strafgesetzbuch (Codice penale) relativo al segreto

professionale, che i seguenti collaboratori della clinica LVR

• i medici curanti

• i terapeuti curanti

• gli infermieri curanti

• il personale dei servizi sociali

trasmettano i suoi dati alle seguenti persone/istituzioni:

1. medici specialistici consigliati \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. medici che seguiranno le terapie \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. psicoterapeuti che seguiranno le terapie \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
4. il servizio sociopsichiatrico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

5. altre persone/istituzioni \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Acconsente inoltre che, come richiesto,

• per le sue cure mediche attuali

• per i chiarimenti sui diritti dei servizi previdenziali

• a causa delle problematiche peritali

• per poter continuare le cure mediche

• \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

vengano comunicati i documenti e i referti relativi alle sue cure mediche.

Sarà possibile revocare questo consenso al trattamento dei dati del paziente in qualsiasi momento, anche solo parzialmente.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Luogo, data e firma del paziente

In caso il paziente non sia in grado di firmare:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Luogo, data e firma del delegato